

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 69-ой научной сессии сотрудников университета

29-30 января 2014 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук,
профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский,
профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич,
д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,
ст. преп. Л.Н. Каныгина.

ISBN 978-985-466-694-5

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-694-5

© УО “Витебский государственный
медицинский университет”, 2014

лось истончение синовиальной оболочки. У всех пациентов с острым РеА определялся параэнтезиальный отек мягких тканей.

Выводы. Таким образом, проведя оценку и анализ результатов МРТ суставов у пациентов с реактивным артритом, мы убедились в высокой информативности данного метода в визуализации суставной патологии. Нами были выявлены особенности поражений суставов, которые позволили выделить главные признаки (критерии) МРТ диагностики реактивного артрита.

Основными МРТ-признаками реактивного артрита являются:

1. Очаговый остеит в проекции мест фиксации пораженного энтеза;

2. Энтезит;
3. Формирование эрозивного поражения под энтезом;
4. Отсутствие изменений либо истончение синовиальной оболочки;
5. Массивный выпот;
6. Параэнтезиальный отек мягких тканей.

Литература

1. Rohekar, S. Epidemiologic approaches to infection and immunity: the case of reactive arthritis / S. Rohekar, J. Pope // Curr. Opin. Rheumatol. – 2009. – Vol. 21, № 4. – P. 386-390.
2. Lozada, C.J. Reactive Arthritis / C. J. Lozada, H. S. Diamond, M.F. Carpintero // Medscape Reference [

СУСТАВНАЯ ФОРМА ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ОБОСНОВАННОСТЬ ДИАГНОЗА)

Лялькова В.П., Пчельников Ю.В., Ницаева Н.Ф.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. В соответствии с общепринятыми представлениями ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) является системным заболеванием соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего артрита с частой заинтересованностью внутренних органов [1,2,3,4].

Этот термин в течение многих лет применялся в диагностике любой хронической патологии суставов у детей и только длительными наблюдениями было показано, что ЮРА представляет собой лишь часть в структуре ювенильного хронического артрита (ЮХА). В 1978 г. ЮХА официально был утверждён в большинстве зарубежных, особенно европейских стран [3,4].

В МКБ X пересмотра шифром М08 выделены юношеские (ювенильные) артриты (ЮА), куда включены ЮРА и ЮХА.

В 1997г. педиатрическим субкомитетом ILAR (Международная лига ревматологических ассоциаций) в г. Дурбан (Южная Африка) было принято решение отказаться от терминов ЮРА и ЮХА и называть все хронические заболевания суставов у детей ЮИА [3,4].

ЮИА определяют как артрит неустановленной причины с началом до 16-летнего возраста, продолжительностью заболевания 6 недель и более, при исключении других болезней [3,4].

Целью настоящей работы было изучить опыт диагностики, клинко-рентгенологические особенности течения и лечения суставной формы ЮРА у детей, госпитализированных в ДОКБ г. Витебска в течение последних 12 лет и ретроспективно оценить обоснованность данного диагноза.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в разные годы последнего 12-летия с суставной формой ЮРА находилось от 46 до 64 больных в возрасте от 2 до 17 лет с длительностью заболевания от 8 месяцев до 12 лет, которые неоднократно (от 3 до 6 раз в год) поступали в стационар с обострением

суставного синдрома. Преобладают девочки (44), мальчиков-20. Всем детям проводилось полное клинко-лабораторное обследование с включением УЗИ суставов и органов брюшной полости, доплер-эхокардиограммы, рентгенограммы органов грудной клетки и суставов, единичным пояснично-крестцового отдела позвоночника, посевы на флору из зева и крови, анализ синовиальной жидкости, при необходимости пункция костного мозга и ФГДС.

Олигоартикулярная форма ЮРА преимущественно встречалась у детей раннего и дошкольного возраста (37 человек). Преобладали девочки. Заболевание начиналось чаще всего с моноартрита коленных, реже голеностопных суставов с выраженной деформацией, болезненностью и ограничением движений, иногда с мелких суставов пальцев рук и стоп. У четырех больных в возрасте 3 – 4 лет началом болезни было поражение глаз (увеит, кератоконъюнктивит) с последующим появлением суставного синдрома (через 1,5 – 2 месяца). Суставной синдром часто рецидивировал, СОЭ ускорилось до 30 – 40 мм/ч, выявлялся умеренный лейкоцитоз с нейтрофилезом, высокие титры IgG к вирусам простого герпеса и цитомегалии (у 17 больных). РФ у большинства больных не определялся, был выявлен у 2 двух мальчиков. Поражение глаз выявлено у 6 больных в этой группе. УЗИ суставов – синовит, на рентгенограммах – расширение суставной щели. При многократных рецидивах заболевания рентгенологическая прогрессия выражалась у единичных больных остеопорозом около пораженных суставов. В терапии этих больных преимущественно использовали диклофенак в дозе 2 - 3 мг/кг/сут, при поражении суставов внутрисуставно вводили дипроспан. При поражении глаз и рецидивировании процесса вводили метотрексат в дозе 5 – 7,5 мг/м²/нед. Обязательно проводилось дезинтоксикационное и местное физиотерапевтическое лечение, по показаниям противовирусная терапия.

Полиартритическая форма ЮРА была диагностирована у 27 больных, у 16 РФ (16 девочек), из которых впервые заболели ЮРА в возрасте 11 – 15 лет - 12 человек. У 4 полиартрит в течение 8 -10 лет трансформировался из олигоартрита, РФ у них раньше не определялся, рентгенологические изменения до периода пубертата были минимальными. Заболевание протекало с множественным поражением суставов как верхних, так и нижних конечностей, быстро развивалась амиотрофия, заинтересованность суставов шейного отдела позвоночника. Но у всех больных, невзирая на проводимую терапию (метотрексат в дозе 10мг/м₂/нед, внутрисуставно дипроспан, инфузионную терапию с антиагрегантами), поражение суставов имело неуклонно-прогрессирующее течение с сужением суставной щели, эрозивно-деструктивными изменениями на рентгенограмме, распространенным остеопорозом и развитием контрактур у 4 человек. У 4 из 16 девочек выявлено поражение глаз в виде увета с последующим развитием катаракты.

Результаты и обсуждение. В отличие от девочек, у мальчиков, как правило, чаще поражались суставы нижних конечностей с нередкой заинтересованностью тазобедренных суставов, а также суставов шейного отдела позвоночника, отсутствовал РФ, кроме двух больных. Рентгенологические изменения суставов характеризовались остеопорозом вокруг пораженных суставов, сужением суставной щели и появлялись на 4-5 год после первых симптомов заболевания, кроме 2 мальчиков с положительным РФ, у которых сформировался артроз тазобедренного сустава.

Изменения в общем анализе крови как у девочек, так и мальчиков, были однотипны: ускоренная СОЭ, умеренный лейкоцитоз с нейтрофилезом, СРП от 40 до 120мг/л. У 4 мальчиков этой группы с рецидивирующим полиартритом в течение нескольких лет после перенесенной ветряной оспы наступила стойкая клиничко-лабораторная ремис-

сия продолжительностью до 3 лет.

Выводы. Таким образом, среди обследованных 64 больных с суставной формой только у 18 с деформирующим процессом в суставах и выявленным РФ диагноз ЮРА является обоснованным. Это соответствует общепринятому представлению ЮРА, как системному заболеванию соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего артрита [2,3,4,5]. У остальных детей болезнь находится в стадии формирования и не проявила своего истинного лица. Подтверждением чего является серонегативный вариант процесса у детей дошкольного возраста с выраженным клиничко-лабораторным синдромом и минимальными рентгенологическими изменениями при многократных обострениях заболевания и случаи стойкой клиничко-лабораторной ремиссии, наблюдаемой нами у 6 детей. Учитывая преобладание серонегативных вариантов суставного синдрома в детском возрасте с минимальными рентгенологическими изменениями при рецидивирующем процессе, целесообразно перейти на международный «язык» общения в диагнозе болезни, используя термин ЮИА.

Литература:

1. Алексеева Е.И., Шахбазян И.Е., Жлобина Е.С. Факторы неблагоприятного прогноза ревматоидного артрита у детей и возможности его изменения средствами лекарственной терапии. Рос. педиатр. журнал, 2003, №4, С.48-51.
2. Беляева, Л.М. Болезни суставов у детей и подростков (лекция). М.2002.С.60.
3. Кузьмина Н.Н. Ювенильные хронические артриты (Терминалогические и классификационные аспекты). Актуальные вопросы детской кардиологии на VIII Конгрессе педиатров России. М. 2003.С.21-24.
4. Cassidy I.T. Petty R E Textbook of pediatric rheumatology. Toronto. 2002. P. 113-220.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЭРАДИКАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* У ПАЦИЕНТОВ С ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

Макаренко Е.В., Пиманов С.И., Окорочков А.Н., Сапего Л.Г., Кавцевич М.Л., Дикарева Е.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) является одним из ведущих патогенетических факторов возникновения и рецидивирования гастродуоденальных язв, что подтверждается проведенными в различных странах исследованиями, в которых установлено уменьшение количества обострений и осложнений дуоденальных и желудочных язв после проведения эрадикации этого микроорганизма [7]. В Республике Беларусь ранее не выполнялось исследований, посвященных изучению отдаленных результатов эрадикации *H. pylori*.

Целью исследования явилось изучение влияния эрадикационной терапии на течение гастродуоденальных язв у пациентов с различными результатами лечения.

Материал и методы. Результаты эрадикации *H. pylori* проанализированы у 123 человек (79 мужчин и 44 женщин) в возрасте ($M \pm \sigma$) 41,24±9,73 лет через 3-7 лет после полученного лечения. По результатам оценки через 2 мес и год после эрадикационной терапии у 38 пациентов была констатирована успешная эрадикация *H. pylori*, у 67 человек – частичная элиминация микроорганизма и 18 – неуспешная эрадикация. Всем пациентам была выполнена фиброгастроэзофагодуоденоскопия с морфологической оценкой биоптатов и проведена экспресс-диагностика хеликобактерной инфекции быстрым уреазным тестом.

Результаты и обсуждение. Отсутствие хеликобактерной инфекции через 3-7 лет после лечения